**DOMANDA ACCESSO CONTRIBUTI URGENTI COVID-19 ATTIVITA’ PRODUTTIVE**

*(Dichiarazione da rendere ex artt. 46 e 47 del D.P.R. 445 del 2000)*

**Spett. Comune di SARROCH**

**protocollosarroch@pec.it**

|  |  |
| --- | --- |
| Il/la sottoscritto/a:……………………………………….. | nato/a a:…………………….il …………………... |
| residente a: ………………………….. | CAP: ……………. | Via …………………………………… | n. ……. |
| Codice fiscale: ………………………………… | in qualità di(1): …………………………………………………… |
| dell’impresa:  | ………………………………………………….. | P.IVA: ……………………………………… |
| sede legale a: ……………………….. | CAP:…………….. | Via ………………………………….. | n. …….. |
| sede operativa a: …………………… | CAP: ……………. | Via ………………………………….. | n. …….. |
| Mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Pec: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Telefono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**CHIEDE**

di accedere al seguente contributo:

|  |  |
| --- | --- |
|  |  **CONTRIBUTO RIPARTENZA** |

*(barrare la casella di interesse)*

A tal scopo, consapevole delle responsabilità anche penali derivanti dal rilascio di dichiarazioni false e mendaci ai sensi degli articoli 75 e 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000 n. 445

**DICHIARA**

1. Che l’impresa ha sede operativa e legale nel comune di Sarroch;
2. Di essere / non essere: in regola con il versamento dei contributi previdenziali e assicurativi e di avere n°\_\_\_\_\_\_dipendenti;
3. Che il codice ATECO dell’impresa, come indicato in certificato della CCIAA, è il seguente: ……………..…….. e rientra tra le attività sospese dai D.P.C.M 11.03.2020 e ss.mm.ii. e/o da Ordinanze Regionali/Sindacali;
4. Che il fatturato dell’impresa risultante dall’ultima dichiarazione presentata è inferiore o uguale a euro 500.000,00**;**
5. **Che la riduzione del fatturato nel periodo di riferimento ((01/01/020-30/04/2020- 01/01/2021-30/04/2021) corrisponde al: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_% (come da certificazione allegata)**
6. che i dati dichiarati corrispondono al vero e sono dimostrabili in sede di controllo;
7. che il codice IBAN del conto corrente bancario o postale intestato all’impresa è il seguente:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| I | T |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Banca: | Filiale di: |

**Timbro dell’impresa e firma del dichiarante**

*(nome, cognome, qualifica)*

…………………………………………………………..

**Obbligatorio a pena di esclusione dal contributo:**

1. Copia sottoscritta del documento di identità nel caso di firma autografa;
2. Certificazione del fatturato per il periodo (01/01/020-30/04/2020- 01/01/2021-30/04/2021) a firma di un professionista abilitato o CAF;
3. Riportare come oggetto della mail: “COVID – 19 CONTRIBUTO ATTVITÀ PRODUTTIVE SARROCHESI”
4. Eventuale Procura speciale o copia autentica nell’ipotesi diversa da Titolare e da Legale Rappresentante

**Informativa e accettazione Privacy**

I dati personali forniti e rilevati nella presente Scheda, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di trattamento di dati personali, saranno trattati e utilizzati per i fini connessi all’espletamento dell’Avviso e per i fini istituzionali del Comune di Assemini. Il conferimento dei dati ha natura obbligatoria in quanto indispensabile per l'espletamento delle procedure richieste. Il rifiuto del conferimento dei dati oppure la mancata indicazione di alcuni di essi potrà comportare l'annullamento della domanda. Il trattamento dei dati sarà effettuato anche con l'ausilio di mezzi informatici e potranno essere comunicati agli altri soggetti coinvolti nella gestione del procedimento e a quelli demandati all'effettuazione dei controlli previsti dalla vigente normativa.

**Il sottoscritto acconsente al trattamento dei propri dati personali conferiti ai sensi della suddetta normativa**

(luogo) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (data) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Timbro dell’impresa e firma del dichiarante

(nome, cognome, qualifica)

…………………………………………………………..